

Prévention et lutte contre les troubles de l'oralité chez le petit enfant trachéotomisé sous nutrition entérale



Prevention and treatment of oral disorder in tracheotomized infants under enteral nutrition

122, rue Saint-Charles, 75015 Paris, France

Alexandra Vidal

Reçu le 29 décembre 2014 ; reçu sous la forme révisée le 12 mai 2015 ; accepté le 13 mai 2015

RÉSUMÉ

L'oralité regroupe l'alimentation, la respiration, la perception, la gustation et la communication. La pose d'une trachéotomie ou d'une sonde nasogastrique (SNG) peut entraîner des modifications des fonctions dévouées à la bouche. Comment prévenir les troubles de l'oralité et lutter contre leurs conséquences chez le petit enfant trachéotomisé et porteur d'une nutrition entérale ? L'étude des effets néfastes de la trachéotomie et de la SNG sur l'oralité du petit enfant nous a permis de proposer la mise en place d'une éducation adaptée à la prévention des troubles de l'oralité, suite à la pose de ces dispositifs. Cette situation nécessite la collaboration du kinésithérapeute et de l'orthophoniste qui doivent s'adapter au stade du développement de l'enfant, à l'âge et à la durée de la pose de la trachéotomie et de la SNG, ainsi qu'aux conséquences de ces dispositifs sur l'oralité.

Niveau de preuve. – Non adapté.

© 2015 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

SUMMARY

Oral function includes feeding, breathing, perception, taste and communication. Tracheotomy or insertion of a nasogastric (NG) tube can alter the functions associated with the mouth. How can oral disorder and its consequences be prevented in infants who have undergone tracheotomy or are under enteral nutrition? Observation of the negative oral function impact of tracheotomy and NG feeding in infants led us to design an education program specifically aimed at preventing oral disorder following insertion of these devices. It requires collaboration between physiotherapist and speech therapist, taking account of developmental stage, age and duration of tracheotomy or NG feeding, and of the consequences of these devices for oral function.

Level of evidence. – Not applicable.

© 2015 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

INTRODUCTION

L'oralité est l'ensemble des fonctions dévouées à la bouche, à savoir l'alimentation, la respiration, la gustation et la communication [1].

Des troubles de l'oralité peuvent être objectivés en présence d'une trachéotomie et/ou d'une sonde nasogastrique (SNG). Une atteinte des mécanismes de la déglutition, telle qu'une dysphagie haute, une désensibilisation laryngée, des troubles de la coordination dans

Mots clés

Apprentissage

Oralité

Petite enfance

Sonde nasogastrique

Trachéotomie

Keywords

Learning

Oral function

Early childhood

Nasogastric tube

Tracheotomy

Adresse e-mail :

alexandra_vidal@live.fr

l'ouverture et la fermeture de la glotte et une augmentation du temps pharyngé, pourra être trouvée [2,3]. Des lésions sévères regroupées sous le nom de « Nasogastric tube syndrome » dans la littérature anglophone peuvent apparaître 48 heures après la pose de la sonde quel que soit l'âge du patient [4].

L'absence d'alimentation par voie orale, du fait de la SNG, va perturber le développement cortical de l'oralité. Pendant cette période d'alimentation par sonde le nourrisson ne peut plus percevoir le rythme des repas, l'alternance des sensations de faim et le plaisir de satiété [1,5,6]. On retrouve souvent une hypersensibilité globale et des défenses tactiles – refus manuel lorsque l'aliment arrive à la bouche – peuvent apparaître. Ce manque d'expériences sensori-motrices lié à un mode d'alimentation artificielle peut entraîner chez certains enfants un désinvestissement de la bouche, des difficultés de prise alimentaire, certains dégoûts et parfois même un refus de s'alimenter [7]. De plus, la durée du mode d'alimentation artificielle influence directement le retard du passage à la cuillère, les difficultés de mastication, ainsi que les troubles du langage nécessitant alors une rééducation orthophonique [8]. Afin de prévenir les troubles de l'oralité, une prise en charge précoce – dès la pose de la trachéotomie et/ou de la SNG – est un élément essentiel au bon développement psychomoteur de l'enfant [9]. En revanche, si les troubles sont déjà installés, la prise en charge de l'enfant se fera dans l'objectif de lutter contre ses troubles.

La collaboration kinésithérapeute et orthophoniste est illustrée par la prise en charge rééducative d'une jeune enfant sondée et trachéotomisée à la suite d'une omphalocèle géante (malformation congénitale la plus fréquente de la paroi abdominale) à la naissance.

DÉFINITION DE LA DYSORALITÉ

D'une façon générale, les principaux troubles de l'oralité du jeune enfant sont les suivants :

- les anomalies congénitales de la succion-déglutition ;
- la complication ou révélation d'une atteinte neuromusculaire congénitale ;
- les pathologies acquises de la déglutition : infections aiguës des voies aériennes supérieures et pneumopathies. Les anorexies phobiques ou anorexies d'opposition post-traumatiques : la chirurgie néonatale digestive et la nutrition parentérale sont pourvoyeuses de troubles du comportement alimentaire. L'origine de ces troubles est multifactorielle : absence d'expérimentation orale, investissement négatif de la sphère orale du fait des traumatismes subis, troubles majeurs de l'équilibre faim-satiété induits, perturbation profonde du lien mère-enfant, et enfin, la pérennisation par des impératifs médicaux de croissance ou de protection des voies aériennes privilégiant l'alimentation artificielle en lien avec la ré-alimentation orale normale [1,10].

Le terme de dysoralité recouvre l'ensemble des difficultés d'alimentation par voie orale.

Il peut s'agir d'un petit appétit, d'un refus alimentaire, de vomissements, d'anomalies de la succion, de la déglutition et/ou de la coordination succion/déglutition/respiration, ainsi que de troubles qui affectent l'ensemble de l'évolution psychomotrice, langagière et affective de l'enfant [6,9].

Les tableaux cliniques, la cause des troubles et leur sémiologie sont d'une grande hétérogénéité. Les difficultés somatiques se mêlent de façon constante aux difficultés psychogènes. Tous ces éléments participent à la complexité de ce sujet [1].

CONSÉQUENCES DE LA PRÉSENCE DE LA TRACHÉOTOMIE ET DE LA SONDE NASOGASTRIQUE SUR L'ORALITÉ

Effets néfastes de la trachéotomie : une atteinte des mécanismes protecteurs de la déglutition

Après la pose d'une trachéotomie, il est possible de retrouver des complications à court terme pendant la période postopératoire. Il s'agirait d'une dysphagie haute due au blocage de l'ascension du larynx induit par la canule [11], d'une désensibilisation laryngée et de troubles de la coordination dans l'ouverture et la fermeture glottique [3].

Chez tout patient porteur d'une canule de trachéotomie, le déplacement du larynx vers le haut serait de moindre amplitude pendant le temps pharyngé de la déglutition. Ce déplacement entraîne une moins bonne protection des voies aériennes durant cette phase et une limitation de l'ouverture passive du sphincter supérieur de l'œsophage, donc un risque de fausses routes respectivement directes et indirectes [4].

Effets néfastes de la sonde nasogastrique : un encouragement à la passivité de l'enfant

La SNG peut entraîner des lésions locales comme un œdème de la muqueuse aryénoïdienne uni- ou bilatérale qui pourra entraîner une dyspnée laryngée. L'œdème comble également le sinus piriforme et les fausses routes liées à la stase alimentaire sont alors favorisées. De plus, il diminue la perception de l'aliment dans l'hypopharynx et retarde donc le déclenchement du réflexe de déglutition. Enfin, il peut limiter la mobilité des cordes vocales. Des lésions plus sévères sont observables, notamment une ischémie tissulaire par compression de la sonde entre les cartilages laryngés et le rachis cervical. Cliniquement, ces complications doivent être recherchées à l'aide d'une nasofibroscopie ou laryngoscopie en suspension et ce en présence d'une odyndyphagie, d'une dyspnée et d'une dysphonie. Une ulcération rétrocricoïdienne, pouvant évoluer vers une chondrite et une nécrose du cartilage cricoïde qui provoque une diplégie cordale, peut également être retrouvée. Ces lésions sévères peuvent apparaître 48 heures après la pose de la sonde [4].

La SNG peut également provoquer des perturbations de la déglutition sans lésion directe de la région laryngée. Elle entraînerait une hypersalivation et élèverait le seuil de perception au niveau pharyngé, donc elle augmenterait le temps pharyngé, ce qui retarderait le déclenchement du réflexe de déglutition. Enfin, elle favoriserait le reflux gastro-œsophagien en perturbant les mécanismes de fermeture des sphincters supérieur et inférieur de l'œsophage [4].

Le mode de nutrition artificielle entérale prolongé, souvent associé à une chirurgie digestive, limite la prise d'aliments par la bouche et l'œsophage, ce qui va priver le nourrisson des expériences sensori-motrices. L'enfant ne perçoit, ni la saveur, ni la consistance de l'aliment et n'a pas non plus la vision, ni l'odorat de celui-ci. Il ne peut plus percevoir le rythme des repas, l'alternance des sensations de faim et le plaisir de

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2622336>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2622336>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)